Aus der Marburger Mediziniſchen Poliklinik.
(Direktor: Professor Dr. Eduard Müller.)

Die Trapeziuslähmungen

(Entſtehungsurſache und kliniſche Erſcheinungsweiſe)

Auszug

aus der

Inaugural-Diſſertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Mediziniſchen Fakultät der Univerſität Marburg

vorgelegt von

Ottomar Mayer
aus Offenbach a. M.

Angenommen von der Medizinischen Fakultät Marburg am 8. 5. 22
Referent: Professor Dr. Eduard Müller

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät
Marburg (Lahn) 1922

Druck von C. Köhler

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Der einleitende Teil der Arbeit beſchäftigt ſich mit der Anatomie und Funktion des Trapezius und geht dann auf die kliniſchen Erſcheinungen des Krankheitsbildes ein, das ſich objektiv in der Duchenne'ſchen Schaukelſtellung der Scapula, dem Herabhängen der erkrankten Schulter und dem Verſchwinden des Muskelwulſtes des Cucullaris äußert. Subjektiv äußert ſich die Erkrankung oft in Schmerzen ziehender und ſtechender Art, die meiſt in die zugehörige Extremität und Bruſtſeite ausſtrahlen. Der Patient hat nicht die Fähigkeit, den Arm über die Horizontale zu erheben; die Prüfung der elektriſchen Erregbarkeit ergibt Entartungsreaktion.

Ätiologiſch kommt für dieſe Lähmung am häufigſten ein Trauma in Frage, ferner entſteht ſie auf der Baſis „rheumatiſcher" Einflüſſe, infolge Syringomyelie, Lues und „Metalues" (Tabes), Tumoren und Muskeldyſtrophie.

Beſchrieben ſind:

17 Fälle nach Trauma (darunter 2 eigener Beobachtung); 2 Literaturfälle enthalten die Beſchreibung zweier verſchiedener Operationsverfahren zur Beſeitigung der Lähmungsfolgen.

10 Fälle von Lähmungen nicht traumatiſcher Art.

(2 Fälle von traumatiſchen Lähmungen ſind der franzöſiſchen Literatur entnommen.)

Fall I. Veröffentlicht im Band 68 der deutſchen Zeitſchrift für Chirurgie von 1903 von Schlodtmann.

Einem 43 Jahre alten Arbeiter fiel ein ſchwerer Balken auf Kopf und Hals. Der Mann blutete aus Mund und Naſe, war kurze Zeit bewußtlos, litt an Schluckbeſchwerden,

hatte links das Gehör verloren und sah doppelt. Das linke Schulterblatt war von der Mittellinie etwas mehr entfernt als das rechte, stand etwas tiefer und entfernte sich beim Erheben des Armes in geringem Maße vom Thorax. Der linke Sternocleidomastoideus, sowie die obere und untere Cucullarispartie waren atrophisch. Diese Partien ergaben bei elektrischer Prüfung Entartungsreaktion. Der Patient hatte außerdem eine Rekurrenslähmung.

Fall II. Veröffentlicht im Band 49 der deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde vom Jahre 1913, Seite 244 von Kaiser.

Einem 32jährigen Steinhauer war beim Ausgleiten die Spitze seines Schirmes direkt hinter dem rechten Ohrläppchen in den Kopf gedrungen. Er klagte nach einiger Zeit über Schmerzen in der rechten Schulter, leichte Heiserkeit, leichten Husten. Es bestand eine Gaumensegellähmung rechts, Parese der rechten unteren Cucullarispartien und eine teilweise Parese des rechten Sternocleidomastoideus. Zurückgeführt sind die Erscheinungen auf eine extrakranielle Schädigung des N. Accessor. nach dem Austritt aus dem Foramen jugulare.

Fall III. Veröffentlicht von Rothschild im Heft 2, Seite 70, der Deutschen Med. Wochenschrift von 1911.

Bei einer Patientin hatte sich nach einer doppelseitigen Halsdrüsenoperation eine beiderseitige Trapeziuslähmung eingestellt. Nach einer Thiosinaminkur ging die Lähmung links zurück. Rechts blieb dieselbe unverändert bestehen. Da nach Beseitigung der Schaukelstellung der Scapula auf manuelle Art die funktionelle Störung der zugehörigen Extremität verschwunden war, wurde die Scapula operativ in ihrer normalen Ruhestellung mittels eines Faszienstreifens fixiert, der am oberen medialen Winkel der Scapula, neben der Wirbelsäule am Latissimus dorsi und der tiefen Rückenmuskulatur, wo er befestigt wurde, zog. Es trat hierauf vollkommene funktionelle Wiederherstellung ein.

Fall IV. Verröffentlicht von Hubinski in Nr. 38

des Zentralblattes für Chirugie 1920 S. 1172. Derselbe ist dem Fall 3 analog, nur daß hier eine Trapeziuslähmung nach Schußverletzung der linken Halsseite eintrat. Operativ wurde hier so vorgegangen, daß durch ein Loch in der med. Seite der Spina ein Faszienstreifen gezogen wurde, der unten am Bandapparat in der Umgebung des 5. u. 6. Brustwirbels, im oberen Teile im Bereiche des 2. u. 3. Dornfortsatzes in gleicher Weise fixiert wurde. Ebenfalls vollkommene funktionelle Wiederherstellung.

Fall V. Veröffentlicht von Heß in Nr. 27 der Deutsch. Med. Wochenschrift von 1915. S. 815.

Bei einem 37. jährigen Mann war bei einer linksseitigen Halsdrüsenoperation der Ramus externus des Acc. angeschnitten worden. Es stellte sich allmählich eine Trapeziuslähmung mit allen beschriebenen Symptomen ein.

Fall VI. Veröffentlicht von Kaufmann-Krahmann in der deutsch. Ztschr. für Chirugie 1903 Bd. 68. S. 153. Patient war aus 11 m Höhe auf die linke Kopfseite gestürzt. Er blutete aus Mund und Nase und war 3 Stunden bewußtlos. Nach und nach trat Lähmung und Atrophie des linken Cucullaris ein, desgleichen des Sternocleidomastoideus. Ferner war das linke Gaumensegel, das linke Stimmband gelähmt. Oft trat Verschlucken ein. Zurückzuführen ist die Lähmung auf eine Schädelbasisfraktur.

Fall VII. Veröffentlicht von Hirschfeld in der Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen 1908 S. 5. Der Patient wurde durch Dolchstoß dicht unter dem r. Jochbogen verletzt, wobei die Parotis mit angestochen war. Es entwickelten sich Schluckstörungen, Sprachstörungen, ferner stellte sich allmählich eine Atrophie und Lähmung des r. Sternocleidomastoideus ein. Das rechte Stimmband stand in Kadaverstellung. Der Dolch war durch die Inzisur des senkrechten Unterkieferastes durchgedrungen und bis an die Wirbelsäule vorgedrungen.

Fall VIII. Veröffentlicht von Steinmetz in der Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen 1908 S.

10. Einem 30 Jahre alten Mann war das Oberteil eines eisernen Kippwagens gegen die linke Kopfseite gefallen. Nach 3 Wochen stellten sich Stiche in der rechten Brust und Atemnot ein. Vorher schon konnte er den linken Arm nicht bewegen. Die Untersuchung ergab eine linksseitige Trapeziuslähmung in allen Partien, die auf elektrische Behandlung zurückging.

Fall IX. Veröffentlicht von Arnheim in der Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen 1904 Seite 173. Eine Patientin, die wegen Rückenschmerzen in Behandlung kam, litt an einer Dystrophia muscularis progressiva. Bei der Untersuchung ergab sich eine Atrophie des linken Cucullaris.

Fall X. Veröffentlicht von Balint im Zentralblatt für Neurologie 1906 Seite 49. Patient stürzte vertikal von einem Heuwagen auf den Kopf, wurde aber nicht bewußtlos. Die Stimme wurde heiser, die Speisen kamen teilweise durch die Nase zurück. Der Patient sah doppelt, und es stellten sich Magenschmerzen ein. Der linke Cucullaris war bis auf seinen clavicularen Anteil ganz atrophisch, am rechten war die Atrophie auf den akromialen Teil beschränkt. Der Geschmacksinn war herabgesetzt, das linke Stimmband stand in Kadaverstellung. Als Ursache ist eine Fraktur und Fissur der Schädelbasis anzunehmen.

Fall XI. Veröffentlicht von Bernhardt in Schmidt's Jahrbuch 1879 Seite 17. Ein bis dahin immer gesunder Mann spürte, als er einen schweren Gegenstand heben wollte, Schmerzen in seiner rechten Schulter mit anschließender Bewegungsstörung im rechten Arm. Es bestand bei ihm eine Trapeziuslähmung rechts mit allen klassischen Symptomen.

Fall XII. Veröffentlicht von Bernhardt in Schmidt's Jahrbuch 1876 Seite 84. Ein Schlächter hatte immer die gefüllte Mulde auf seiner linken Schulter getragen. Allmählich hatte er Schwierigkeit, seinen linken Arm zu erheben, was in einer linksseitigen Trapeziuslähmung seine Ursache hatte.

Fall XIII. Veröffentlicht von Knierim im Neurologischen Zentralblatt 1906. Seite 296. Bei einem 19 Jahre alten Mädchen hatte sich nach einem Suizidversuch durch

Erhängen eine rechtsseitige Trapeziuslähmung eingestellt. Die um den Hals verlaufende Strangulationslinie war links verwaschen, rechts trat sie deutlicher hervor. Beim Erhängen war der Kopf nach vorn und rechts geneigt, sodaß eine Kompression der rechtsseitigen Halsgebilde vorlag. Hand in Hand damit ging eine Anästhesie der rechten Halsseite von der Clavicula aufwärts.

Fall XIV. Veröffentlicht von Sougnes et Duval im Neurolog. Zentralblatt 1899 Seite 696. ‹Aus der französ. Literatur entnommen›. Ein Kesselschmied, der mit aller Anstrengung seiner Arm- und Schultermuskulatur einen schweren Gegenstand vor sich herschieben mußte, verspürte plötzlich einen heftigen Schmerz in der rechten Schulter. Anschließend entwickelte sich eine Lähmung des rechten Serratus anterior und des rechten Cucullaris, wobei dessen obere Portion verschont blieb, woraus der Beschreiber den Schluß zog, daß die Clavicularportion des Cuc. ein Muskel für sich sein müßte.

Fall XV. Veröffentlicht von Seugnes im Neurolog. Zentralblatt 1901 Seite 47—48. ‹Aus der französ. Literatur entnommen.› Eine 20 jährige kräftige Magd rutschte auf der Treppe aus. Um nicht herunter zu fallen, hielt sie sich krampfhaft mit dem r. Arm am Geländer fest, wobei der rechte Arm das ganze Körpergewicht tragen mußte und dabei stark gezerrt wurde. Es bestanden Schmerzen im rechten Schulterblatt und Unfähigkeit, den rechten Arm bis zur Horizontalen zu erheben. Sie hatte eine Lähmung des Serratus anterior und rechten Cucullaris in seinem mittleren und unteren Drittel.

Fall XVI. Veröffentlicht von Sauer in der deutsch. Ztschr. für Chirurgie 1903 Bd. 68. Seite 166. Ein 27 Jahre alter Maurer stürtzte aus 7 m Höhe ab, ohne das Bewußtsein zu verlieren. Er bekam darauf heftige Halsschmerzen rechts. Die rechte Halsseite schwoll an, Patient verschluckte sich, die Sprache war undeutlich und wurde allmählich unverständlich. Der Speichel floß dauernd zum Munde heraus. Außerdem bestand eine rechtsseitige Trapeziuslähmung.

Fall XVII. Veröffentlicht von Schneider in der deutsch. Ztschr. für Chirurgie 1903 Seite 166. Einem Bergmann waren Gesteinsstücke im Schacht auf den Kopf und Rücken gefallen. Kurze Zeit nach dem Unfalle erfolgte Erbrechen. Bei Aufnahme ins Krankenhaus wurde eine Schädelbasisfraktur festgestellt. Es bestand Pulsverlangsamung, wochenlanges zerebrales Erbrechen. Es stellte sich bald eine Gaumensegellähmung ein, die Speisen kamen durch die Nase zurück. Der rechte Sternocleidomastoideus war atrophisch, sodaß der Kopf eine Schiefstellung nach rechts einnahm. Es bestand Doppelsehen infolge Abduzenslähmung. Außerdem machte Patient eine Lungenentzündung des rechten Oberlappens durch. Bei erneuter Untersuchung wurde die rechtsseitige Cucullarislähmung festgestellt. Außerdem bestanden Sensibilitätsstörungen des Gaumens und des Rachens.

Fall XVIII. Veröffentlicht von Kupak in der Münchener med. Wochenschrift 1907 Seite 221. Betrifft eine Trapeziuslähmung mit unaufgeklärter Ätiologie. Gelähmt waren das obere und untere Drittel des rechten Cucullaris, die Mitte des Muskels war nicht beteiligt. Außerdem war der rechte Sternocleidomastoideus geschwunden. Es bestand eine rechtsseitige Rekurrenslähmung und Lähmung der rechten Hälfte des weichen Gaumens. Angenommen ist eine intramedullär sitzende Ursache.

Fall XIX. Veröffentlicht von Seligmüller im Archiv für Psychiatrie vom Jahre 1872, Seite 437, Band 3. Die in Frage kommende Patientin hatte im Winter Fässer mit kaltem Wasser auf dem Rücken getragen. Sie bekam nach einiger Zeit Husten, Anschwellung und Schmerzen der linken Halsseite, Schluck- und Sprachbeschwerden. Beide Sternocleidomastoidei waren atrophisch, der linke Cucullaris gelähmt.

Fall XX. Veröffentlicht von Schmidt in der Deutsch. Med. Wochenschrift 1892 Seite 606. Beschreiber schildert eine Cucullarislähmung nach Syringomyelie. Beide Cucullares waren mit Ausnahme der weniger in Mitleidenschaft gezogenen clavicularen Partien stark atrophisch und paretisch,

Die Sensibilität war an beiden Armen, an den Partien der Brust und dem Halse herabgesetzt, der Temperatursinn stellenweise erloschen.

Fall XXI. Veröffentlicht von Weintraut in der Deutsch. Zeitschr. für Nervenheilkunde 1894 Seite 383. Ätiologisch kommt auch hier die Syringomyelie in Frage. Ein Mann bekam im Anschluß an einen Anfall von Schwindel und Erbrechen eine rechtsseitige Hemiplegie. Er bekam eine steigende Empfindungslosigkeit im rechten Bein und rechten Arm, sodaß er Wunden, die er sich an der rechten Hand zuzog, nicht bemerkte. Beide Cucullares waren atrophisch, rechts und links. Links war das mittlere Bündel am stärksten betroffen.

Fall XXII. Veröffentlicht von Martins in der Berliner Klinischen Wochenschrift, Heft 8, S. 126. Bei einem Tabiker hatte sich, ohne daß er es bemerkte, eine Lähmung der unteren Partien des Trapezius beiderseits entwickelt. Im übrigen hatte Patient aber keine funktionellen Störungen, sondern konnte alle Bewegungen im Schultergelenk exakt ausführen.

Fall XXIII. Veröffentlicht von Remak in Schmidt's Jahrbuch 1886, Band 206, Seite 245. Ein 35 Jahre alter Mann kam in Behandlung mit den Angaben, er leide seit 12 Jahren an Lues. Er hatte Schmerzen im Genick und in der rechten Schulter, außerdem konnte er die Schulter nicht mehr heben und wurde heiser. Der rechte Cucullaris und levator scapulae war atrophisch und paretisch. Im Bereiche der oberen Halswirbel bestand eine Auftreibung. Keine Sensibilitätsstörungen. Patient hatte eine doppelseitige Stimmbandlähmung. Angenommen ist als Ursache ein syphilitischer Prozeß innerhalb des Rückenmarkes in Gegend der vorderen Wurzel der obersten Cervicalnerven, der auf die Acc. Wurzeln übergegriffen hat.

Fall XXIV. Veröffentlicht von Bernhardt in Schmidts Jahrbuch 1879, Seite 84. Die Patientin litt unter Schluckbeschwerden und Schwäche im rechten Arm, Schmerzen im Hinterkopf, unsicherer leiser Sprache, taumelndem Gang.

Der rechte Cucullaris und Sternocleidomastoideus waren gelähmt. Beschreiber führt diese Lähmung auf einen langsam sich entwickelnden Tumor im oberen Teile des Wirbelkanals zurück.

Fall XXV. Eigene Beobachtung. Ein junger Mann kam in die hiesige Medizinische Poliklinik mit der Angabe, daß er seit anderthalb Jahren Schmerzen stechender und ziehender Art in der rechten Schulter spüre, die allmählich zugenommen hätten. Anamnestisch ergab sich, daß er vor zwei Jahren an Furunkulose gelitten hatte, weswegen er mehrmals inzidiert wurde. Eine Schnittwunde wurde direkt hinter dem rechten Sternocleidomastoideus gesetzt, gerade an der Stelle, wo der N. Accessorius ganz oberflächlich unter dem Platysma gelegen ist. Beim Betasten der rechten Brustseite hatte Patient Schmerzen. Der rechte Cucullaris war atrophisch, was besonders in seiner unteren Partie deutlich sichtbar war. Der Sternocleidomastoideus war dagegen vollkommen intakt. Die rechte Schulter hing deutlich herab, die rechte Scapula stand in Duchenne'scher Schaukelstellung. Der Abstand von der Medianlinie war beim rechten Schulterblatt bedeutend größer, als bei dem linken. Die Bewegungen im betroffenen Schultergelenk waren exakt und vollkommen möglich, lediglich die rohe Kraft war vermindert. Es bestand eine geringfügige Skoliose der Brustwirbelsäule nach links. Die Prüfung der elektrischen Erregbarkeit ergab Entartungsreaktion. Zur Vollständigkeit sei angeführt, daß der Wassermann negativ war.

In der Annahme, der Acc. könnte an der schon erwähnten Stelle seinerzeit durchschnitten worden sein, wurde die Operation vorgenommen, um die Kontinuität des Nerven durch Naht wiederherzustellen. Der freigelegte Nerv bot aber außer einer geringfügigen Verdickung keinen krankhaften Befund und deshalb wurde die Diagnose Neuritis gestellt.

Bei der Nachuntersuchung ergänzte Patient die Vorgeschichte seines Leidens dahin, daß er im Jahre 1919, als er einen sehr schweren Stein heben mußte, einen Schmerz in der

rechten Schulter verspürte. Er machte dabei eine ungeschickte Bewegung mit dem rechten Arm, sodaß anzunehmen ist, daß der Acc. hier weiter peripherwärts geschädigt wurde.

Jedenfalls ist es sehr gut möglich, daß Patient, als er damals den schweren Stein hob, eine Zerrung des Acc. an irgend einer Stelle erlitten hat, die die Lähmung bedingte, die andere Annahme, daß eine primäre Neuritis das auslösende Moment darstellte, war nicht mehr aufrecht zu erhalten.

Fall XXVI. Eigene Beobachtung. Ein Mann, der immer gesund gewesen sein will, erkrankte während des Krieges an Halsdrüsen. Zur Beseitigung derselben wurde er wiederholt an der kranken Halsseite operiert. Jedenfalls war die Erkrankung der Drüsen tuberkulöser Natur. Nach einiger Zeit stellte sich ein ziehender Schmerz in der linken Schulter ein und Patient konnte seinen linken Arm nicht mehr bewegen. Patient hatte am hinteren Rande des linken Sternocleidomastoideus eine Narbe, die vom linken Proc. mastoideus bis zum sternalen Ende der Clavicula reichte. Eine zweite Narbe zog am linken Proc. mastoideus in einem Winkel von 30 Grad und einer Länge von 10 cm nach vorn. Beide Narben waren druckempfindlich.

Hier liegt die Ätiologie der Lähmung klar zu Tage, denn die Narbe kreuzt ja den Verlauf des Acc. gerade an der Stelle, wo er dicht unter dem Platysma verläuft. An dieser Stelle ist seinerzeit sicher der Nerv durchschnitten worden. Bei der Zeit, die seit der Operation ⟨1916⟩ zurückliegt, ist wohl sicher anzunehmen, daß das periphere Ende des Acc. so degeneriert ist, daß eine Nervennaht nicht mehr in Frage kommt.

oooooooooooo